

## MIAMI LIGHTHOUSE HEIKEN CHILDREN'S VISION PROGRAM

601 Southwest 8<sup>th</sup> Avenue

Miami, FL 33130

Teléfono: (305) 856-9830 Fax: (305) 856-9840

[www.miamilighthouse.org](http://www.miamilighthouse.org)

Estimado padre o tutor:

El Programa de Visión Infantil Heiken de Miami Lighthouse está ofreciendo exámenes de visión completos y espejuelos, en caso de que sean necesarios, para los estudiantes que no aprobaron los exámenes de la vista y calificaron para participar.

El examen completo de la vista incluye el uso de gotas para los ojos para dilatar las pupilas, que permiten al médico obtener información más exacta sobre la salud ocular y la prescripción de espejuelos. Las gotas son seguras de usar y las reacciones adversas graves son extremadamente raras. Sensibilidad a la luz y visión de cerca borrosa son normales en las siguientes 4 a 6 horas después del examen.

Este programa es sin costo alguno para usted o para la escuela del niño. Entretanto, si durante el proceso de verificación de elegibilidad del programa de Visión Infantil Heiken del Miami Lighthouse, se confirma que su hijo está cubierto bajo un plan de seguro que incluye visión, entonces usted acepta, al proveer su firma al dorso de esta carta a que se presente al seguro los cargos por el examen de la vista y por el costo de los espejuelos.

Si usted **NO desea** que su niño participe en este programa, por favor escriba su nombre y el nombre de su hijo y firme a continuación.

Yo, \_\_\_\_\_, **NO QUIERO** que mi hijo  
Escribir el Nombre del Padre

\_\_\_\_\_, participe en este programa.  
Escribir Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si tiene alguna duda póngase en contacto con el consejero de la escuela de su hijo o con Nashieli Garcia, nuestra coordinadora del programa llamando al 786-362-7527.

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Profesor \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ M/F Fecha de Nacimiento del Estud. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Teléfono de los Padres \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Raza (marque una): African American Asian Hispanic Native American White (non-Hispanic) otro

¿Su hijo usa espejuelos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Quebrados \_\_\_\_\_ Perdidos \_\_\_\_\_

¿Su hijo a visitado a un oftalmólogo/optometrista en el último año? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por favor escriba cualquier problema de la vista que tenga su hijo(a): \_\_\_\_\_

Por favor escriba cualquier medicamento o gotas para los ojos que su hijo utilice: \_\_\_\_\_

¿Su hijo presenta algún tipo de cuidado o necesidades especiales/o retrasos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Su **hijo** tiene o ha tenido alguna de las siguientes:

SI NO

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía al ojo / lesión                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desviación de un ojo/estrabismo/ ojo vago |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Terapia Visual/ Parche en el ojo          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Células falciformes                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro                                      |

¿Algún **integrante de la familia** del menor a tenido alguna de estas:

SI NO

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desviación de un ojo/estrabismo/ ojo vago |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ceguera                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Degeneración de la Macula                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Células falciformes                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro                                      |

Por favor, explicar sobre las respuestas "Si": \_\_\_\_\_

**El consentimiento para examen de los ojos** Yo autorizo a mi hijo a tener un examen completo de los ojos incluyendo la dilatación.

**Aviso de Prácticas de Privacidad** Comprendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad para la El Programa de Visión Infantil Heiken de Miami Lighthouse están disponibles para mi revisión. Si desea solicitar una copia por favor llame al teléfono 305-856-9830.

**El Intercambio Mutuo de Información** Yo autorizo la liberación recíproca de información entre El Programa de Visión Infantil Heiken de Miami Lighthouse y las Escuelas Públicas de Miami para poner liberar o compartir uno o todos los informes médicos optométricos y oftalmológicos de mi hijo para programas proveedores participantes.

**Reclamos al seguro:** Si su hijo tiene cobertura bajo un plan de seguro, el Miami Lighthouse se reserva el derecho de obtener la información necesaria para presentar un reclamo de pago a la compañía aseguradora.

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_